

(4,71%) пациенток. Метастатическое поражение легких выявлено у 2 (1,88%) больных со стадией процесса III C (T₂N₃M₀) и II B (T₂N₁M₀) через 7 и 19 мес после операции соответственно, костей скелета – у 2 (1,88%) пациенток со II B (T₂N₁M₀) стадией через 18 и 20 мес. Метастазы контралатеральных надключичных лимфоузлов установлены через 18 мес после операции - у 1

(0,94%) пациентки (III A, T₁N₂M₀). Пациентка с III C стадией погибла от прогрессирования, таким образом, летальность составила 0,94%.

Выводы. Проведение сочетанной лучевой терапии (ИОЛТ и АЛТ) не ухудшает отдаленных результатов лечения, позволяет обеспечить хороший косметический результат и локо-региональный контроль.

ВЛИЯНИЕ ГРУДНОЙ ПРОДЛЕННОЙ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ НА СОСТОЯНИЕ ВЕНТИЛЯЦИИ И ПЕРФУЗИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО

Е.Л. ДУБОДЕЛОВ¹, Н.Ю. ДЕМЬЯНЕНКО²

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск¹

ФГОУ ВПО «Томский военно-медицинский институт МО РФ», г. Томск²

Актуальность. При радикальных вмешательствах на лёгких в раннем послеоперационном периоде у онкологических пациентов развиваются значительные нарушения вентиляции и перфузии, которые связаны с поверхностным дыханием пациента, угнетением кашлевого рефлекса, возникновением ателектазов и пневмоний, которые обусловлены выраженным болевым синдромом с нарушением дыхательной функции. Одной из основных причин нарушения вентиляции и перфузии лёгких в раннем послеоперационном периоде является неадекватная послеоперационная анальгезия. В последнее время наиболее оптимальным ее вариантом является продленная грудная эпидуральная анальгезия (ПГЭА), при её применении постоянное введение раствора местного анестетика (ропивакаина 0,2%) с определённой скоростью и одинаковой концентрацией препарата обеспечивает эффективное обезболивание, что дает возможность пациентам выполнять полноценные дыхательные движения. Для оценки нарушения вентиляции лёгких в раннем послеоперационном периоде ранее проводилось исследование функции внешнего дыхания – спирометрия в сочетании с определением газового состава артериальной крови. Информативность анализа нарушений вентиляции и перфузии легких может быть

существенно увеличена при проведении радионуклидного исследования легких.

Цель исследования. Изучить влияние продленной грудной эпидуральной анальгезии на состояние вентиляции и перфузии лёгких в раннем послеоперационном периоде у больных раком легкого.

Материал и методы. В исследование вошли 42 пациента с верифицированным диагнозом периферического рака легких, они методом случайного выбора были разделены на 2 группы: основную и группу сравнения. В основную группу вошли 24 пациента (средний возраст – 52,2±3,4 года), которым в раннем послеоперационном периоде проводилась ПГЭА на уровне T4-T5 с помощью микроинфузионной помпы фирмы «Vogt Medikal» (Германия) по H.Breivik и G.Niemі (2003). Состав инфузии: ропивакаин 2 мг/мл+адреналин+2 мкг/мл+фентанил 2 мкг/мл со скоростью введения 5 мл/час в течение первых 5-6 сут после операции. В группу сравнения вошли 18 пациентов, которым в раннем послеоперационном периоде проводилась анальгезия с помощью болюсного введения местного анестетика (0,5% раствора наропина) в эпидуральное пространство с применением ненаркотических и наркотических анальгетиков в виде внутримышечного введения. Всем

пациентам в предоперационном периоде и на 4-6 сут после операции была проведена вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия легких с оценкой вентиляционно-перфузионного соотношения (V/Q) и апикально-базальных градиентов вентиляции ($U/L-V$) и перфузии ($U/L-V$).

Результаты. В основной группе и группе сравнения перед оперативным вмешательством значения показателей V/Q , $U/L-Q$ и $U/L-V$ не имели достоверных различий. У пациентов основной группы, которым была выполнена ПГЭА, на 5-6 сут послеоперационного периода значения показателей V/Q и $U/L-Q$ в пораженном легком соответствовали физиологическим нормам ($p=0,05$). Также в основной группе отмечалось улучшение $U/L-V$ в пораженном и интактном легком ($p=0,04$ и $p=0,03$). В группе сравнения на 5-6 сут после операции были зарегистрированы нарушения кровоснабжения остаточной легочной ткани пораженного легкого, а также интактного легкого. Значения показателей V/Q и $U/L-Q$ в пораженном легком были

значительно изменены в сторону их повышения ($p=0,02$ и $p=0,01$ соответственно).

Выводы. У больных периферическим раком легких обнаруживается повышение V/Q и $U/L-v$ в пораженном легком и закономерно снижается $U/L-Q$, что свидетельствует о преимущественном нарушении кровоснабжения в пораженном легком. У пациентов основной группы в раннем послеоперационном периоде значения показателей V/Q и градиента $U/L-Q$ в пораженном и интактном легком соответствовали физиологическим нормам. У пациентов основной группы в раннем послеоперационном периоде значения показателей V/Q и градиентов $U/L-Q$ и $U/L-V$ в пораженном и интактном легком имели достоверные различия с аналогичными показателями группы сравнения. В группе сравнения отмечались выраженные нарушения кровоснабжения и вентиляции легких. ПГЭА анальгезия положительно влияет на восстановление и нормализацию процессов вентиляции и перфузии в раннем послеоперационном периоде при радикальных вмешательствах на легких.

МЕСТНАЯ ПРОЛОНГИРОВАННАЯ АУТОПЛАЗМОХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛИОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

А.В. ЕМШАНОВ, С.В. ГРИГОРОВ, Т.А. ГОРБУНОВА, Д.О. РЯБУХА

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий»,
г. Ростов-на-Дону

Актуальность. Проблема лечения злокачественных глиальных опухолей головного мозга является одной из наиболее сложных и актуальных задач современной онкологии. Наибольший удельный вес среди опухолей головного мозга (ОГМ) имеют глиальные опухоли – от 45,6% до 62%, среди которых преобладают наиболее злокачественно протекающие варианты - глиобластомы (16,71%) и анапластические астроцитомы (17,9%) . В настоящее время стандартной тактикой лечения больных злокачественными глиомами является хирургическое удаление с последующей химиолучевой терапией. Однако, несмотря на комплексный

подход, продолжительность жизни таких пациентов остается крайне низкой. В частности, средняя выживаемость больных злокачественными астроцитомами составляет около 24 мес, а средняя продолжительность жизни у больных с глиобластомами после удаления опухоли и лучевой терапии не превышает 9-10 мес. Высокая летальность и инвалидизация больных, значительный моральный, экономический и социальный ущерб, наносимый обществу, требуют поиска новых подходов в лечении злокачественных новообразований ЦНС.

Цель исследования – оценить непосредственные и ближайшие результаты применения